THÈSE

417

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

L. LABOURÉ

né à Paris, le 21 Mai 1881

Contribution à l'Etude de la Dystocie

CAUSÉE PAR

les Tumeurs annexielles au moment du travail

Président : M. PINARD, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
8, Rue Casimir-Delavigne, 8

1910

Contribution à l'Etude de la Dystocie

Causée par

les Tumeurs annexielles

au moment du travail

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PierreDELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de profonde affection filiale

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0024unse_p4i0

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Hôpital Laënnec, 1902-1903

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIDAL

Hôpital Cochin, 1903-1904

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL

Hôpital Cochin, 1904-1905

Hôpital Trousseau, 1905-1906

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENAULT

Hôpital Trousseau, 1906-1907

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

Clinique Baudelocque, 1907-1910

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALLICH

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHOTTE

Ancien chef de clinique de la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LACASSE

Chef de clinique de la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MASSON

Chef de clinique adjoint

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études médicales, nous considérons comme un devoir, de profiter de cette circonstance ultime pour un élève, la soutenance de notre thèse, pour témoigner notre profonde reconnaissance aux maîtres qui ont bien voulu nous accepter dans leurs services.

Et ce n'est pas ici un simple et banal exposé de gratitudes plus ou moins sincères et obligées, c'est du plus profond de notre cœur que nous tenons à remercier ceux de notre grande famille médicale qui nous ont prodigué leur bienveillance, leurs soins et leur précieux enseignement.

Nous devons à M. le Professeur Reclus un premier tribut de gratitude, car il fût notre premier maître, à l'hôpital Laënnec; c'est lui qui nous initia aux premières connaissances médicales.

Que M. le Professeur agrégé Rieffel veuille bien accepter ici le double témoignage de reconnaissance d'un élève d'abord, mais, aussi d'un malade qui doit la vie à son habileté opératoire.

En mai 1907, M. le Professeur Pinard a bien voulu nous accepter comme externe dans son service de la clinique Baudelocque.

En avril 1908, il nous garda à son service en qualité de répétiteur. Durant ces trois années nous avons pu apprécier tout particulièrement son inépuisable bonté,

Mais nous avons pu également profiter de son intarissable science de l'obstétrique. C'est à la clarté de son enseignement et aussi à l'interprétation journalière qu'il donne chaque matin, des faits passés dans son service, que nous devons d'avoir pris goût à l'obstétricie, cette branche si aride d'ailleurs, de la médecine et aussi d'avoir appris la pratique rationnelle des accouchements. De plus, il nous montre sans cesse, que le rôle de l'accoucheur ne consiste pas seulement à surveiller un accouchement plus ou moins laborieux et de savoir le terminer quand il le faut; il nous a appris à voir beaucoup plus loin. Il nous enseigne en effet que le devoir de l'accoucheur est de faire naître les enfants à terme, il est donc nécessaire que l'obstetricien soit également un puériculteur. Mais ce ne sera pas la puériculture telle qu'on la conçoit trop souvent encore, c'est-à-dire après la naissance; c'est pendant la grossesse qu'il faudra soigner l'enfant, et encore cela ne suffira pas toujours, il faudra alors soigner l'espèce dans l'individu, avant même la fécondation. On conçoit alors la haute portée scientifique et surtout morale d'un tel enseignement. Car c'est grâce à ces conceptions, vulgarisées et mises en pratique, que l'on pourra avoir des êtres sains, vigoureux et intelligents. C'est au professeur Pinard, que nous devons cette idée si belle du devoir de l'accoucheur. Nous tenons à l'assurer que nous suivrons ses conseils et que nous ferons tous nos efforts pour mettre en pratique ses précieuses leçons.

DEBUT

Les tumeurs annexielles compliquant la grossesse et en particulier l'accouchement, bien que relativement peu fréquentes, intéressent au plus haut chef l'accoucheur et le praticien par les complications redoutables qu'elles peuvent entraîner, soit par elles-mêmes, soit par l'obstacle qu'elles peuvent offrir à l'accouchement.

Pourtant, comme nous le verrons au cours de ce modeste travail, il y a relativement peu de temps que les accoucheurs ont étudié cette question. En vérité, il faut toute une vie d'homme pour réunir, sur ce sujet, une collection d'observations qui puissent servir de documents. Nous avons pu, nous, profiter de la longue carrière de notre maître le professeur Pinard, et réunir ainsi, onze observations de tumeurs annexielles ayant causé ou non un embarras de l'accouchement. Et les onze observations s'échelonnent sur vingt-cinq années de la vie obstétricale de notre maître.

Pendant la grossesse, ces tumeurs peuvent causer les plus graves complications, mais nous n'avons pas à les énumérer ici. Ce qu'il faut toutefois en retenir, c'est que les complications sont telles qu'elles ont amené le professeur Pinard à énoncer ainsi qu'en un axiome que « toute tumeur annexielle doit être extirpée pendant la grossesse, aussitôt qu'elle a été diagnostiquée. »

Mais lorsque l'accoucheur se trouve en face d'un kyste de l'ovaire, d'un hydrosalpinx etc., chez une femme enceinte, à terme, à la période du travail, quelle est donc la conduite qu'il peut tenir? Pour cela, nous passerons en revue chacune des observations que nous avons recueillies dans le service de M. le professeur Pinard, nous y verrons comment il est arrivé à diagnostiquer les tumeurs et quelle conduite il a choisi.

Et si ce modeste travail peut servir de porte-voix à notre maître, nous en serons d'autant plus heureux que sur onze cas traités par lui, une seule femme est morte, (et encore d'un accident post-chloroformique) et qu'ainsi le praticien doit avoir pleine confiance dans son enseignement.

HISTORIQUE

Dans la littérature obstétricale, il faut aller jusqu'aux auteurs contemporains pour voir apparaître quelques mémoires écrites sur ce sujet.

Avant on ne retrouve guère que de vagues observations où le diagnostic est chancelant, la thérapeutique à peine ébauchée et les résultats désastreux.

J.-B. Jacob, en 1785 dans son « Ecole pratique des accouchements », traite la question des « tumeurs dans les ovaires ». Chapitre IV Section IV, Voici ce qu'il en dit :

« Il se forme quelque fois dans les ovaires, des hydatides et des tumeurs dures, qui grossissent à un point considérable, on ne découvre cette maladie qu'à l'ouverture des cadavres; mais lorsqu'elle a lieu, elle occasionne une obliquité de la matrice, qui, non seulement retarde l'accouchement et le rend souvent impossible, mais exige encore le secours d'un habile accoucheur. »

Jacob avait donc remarqué l'influence de la grossesse sur les tumeurs annexielles, puis qu'il signale qu'elles peuvent grossir considérablement. Il avait également constaté que ces tumeurs occasionnaient une obliquité utérine, cause de nombreux accidents pendant le travail.

Baudelocque cite des observations où il fait également les mêmes remarques.

Plus tard, au début de ce siècle, Mme Lachapelle rapporte quelques observations et ajoute quelques commen-

taires. Dans le dixième mémoire de sa « Pratique des accouchements » N° XXI, page 831, elle rapporte l'histoire d'une femme « entrée à l'hospice le 20 avril 1810. Elle était arrivée au septième mois. Les jambes étaient infiltrées, le pouls très faible. L'abdomen semblait divisé en trois tumeurs dont l'une était formée par l'utérus, et la deuxième par le foie qui était considérablement engorgé, la troisième placée plus bas et à droite était d'une nature inconnue. Le doigt glissé dans le vagin, sentait derrière le col de l'utérus une quatrième tumeur qui appuyait transversalement sur la bases du sacrum. » Cette femme accouche spontanément et meurt 5 heures ½ après son accouchement. A l'autopsie, le foie adhérent au diaphragme est volumineux le rein est gros aussi, « tous deux ensemble, pesaient seize livres six onces. » Les deux ovaires sont tuméfiés. « Le premier occupait toute la fosse iliaque droite; le second était divisé en deux parties dont l'une, descendue dans la courbure du sacrum, repoussait en devant la matrice. Les deux ovaires avec l'utérus pesaient quatre livres treize onces. »

En 1869, dans son traité pratique de l'Art des accouchements, Nœgele donne une statistique de 30 cas dans lesquels l'accouchement s'est terminé tantôt par la nature, tantôt par l'art.

Il considère ces tumeurs comme étant les complications les plus fâcheuses du travail, car sur les 30 cas qu'il rapporte, il dit qu' « on a sauvé que 15 mères et seulement 7 enfants. »

Pour lui, le pronostic est très complexe, il dépend d'une foule de circonstances, et il faut tenir compte de

la grosseur, de la situation, de la mobilité, de la consistance de la tumeur.

Au point de vue de la thérapeutique, il conseille le refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur vers l'une des fosses iliaques. Si cela ne suffit pas, il préconise la ponction exploratrice d'abord, « pour s'assurer de la nature de la tumeur ». S'il y a « hydropisie de l'ovaire » une ponction pourra suffire à détruire l'obstacle à l'accouchement.

Si cette ponction ne donne pas les résultats qu'on en attend, il faudra recourir à une incision large.

Si la tumeur est solide, volumineuse, c'est à « l'extirpation et à la section césarienne » qu'il faudra recourir. Et il ajoute : « Ces deux opérations sont probablement tout aussi dangereuses l'une que l'autre pour la mère. »

Jusqu'alors les auteurs nous font surtout connaître le pronostic grave de ces tumeurs, par les difficultés qui surviennent lors du travail de l'accouchement. Mais au point de vue de la thérapeutique, ils sont très timides, car, à part des circonstances exceptionnellement graves, ils ne parlent que de ponction ou incision, et encore, à la condition de les pratiquer par le vagin.

Le traitement des tumeurs annexielles et surtout de la plus fréquente, le kyste ovarien, n'est, à vrai dire, rationel que depuis l'apparition de l'ovariotomie.

Les auteurs modernes, avec l'antisepsie, peuvent déjà, dans le cours de la grossesse, pratiquer l'ovariotomie, sitôt le diagnostic établi. (Lire la thèse d'agrégation de Rémy, 1886, sur grossesse compliquée de kyste ovarique).

Et même au moment du travail ils ont encore ce double avantage sur les anciens, à savoir 1° qu'ils opèrent avant les accidents du côté de la tumeur ou du côté du travail, ne se produisent, 2° qu'ils possèdent une antisepsie plus rigoureuse.

Le professeur Bumm dans son traité des accouchements conseille l'extirpation du kyste dès les premiers mois de la grossesse, bien que dit-il il ait une statistique donnant 20 0/0 des cas où l'ovariotomie est suivie d'avortement.

Fehling recommande de « laisser tranquille jusqu'après l'accouchement, toute tumeur de petit volume, en se bornant à extirper les grandes.

A. Hergott de Nancy, dans une communication faite à la société de médecine de Nancy en 1886 (26 mai) conclue qu'il y a deux dangers à redouter :

1° L'enclavement des tumeurs trop petites et leur irréductibilité.

2° Si la tumeur est trop grosse, danger d'asphyxie pour la parturiente.

Pour lui, les tumeurs les moins dangereuses sont celles de volume moyen, quand elles sont « normales » (c'est-à-dire non enflammées, non tordues sur leur pédicule). Il insiste enfin, sur le haut intérêt qu'il y a à faire un diagnostic précoce de ces tumeurs.

Enfin le professeur Pinard, dans la séance du 2 mars 1900, à la société de l'O. G. P. nous apprend que « l'observation tend à démontrer que : 1° dans le cas de kyste de l'ovaire compliquant la grossesse, la torsion du pédicule est plus fréquente du 2e au 4e mois, devient plus rare jusqu'à la fin de la grossesse, pour reprendre une

fréquence relative *au moment de l'accouchement* ou pendant les suites de couches.

2° Que la torsion se produit plus souvent sur des kystes petits que sur de gros kystes. »

Que ces tumeurs soient petites ou grosses, abdominales ou pelviennes, elles peuvent toujours occasionner les plus graves complications, et c'est ainsi que dans la séance du 4 mai de la même année, le professeur Pinard, exposant un cas de kyste dermoïde de l'ovaire opéré par Quénu au 6e mois de la grossesse, il rappelle sa formule : Pendant la grossesse tout kyste de l'ovaire diagnostiqué, doit être enlevé.

DIAGNOSTIC

Sans vouloir entrer dans tous les détails d'une longue symptomatologie, il est toutefois nécessaire d'avouer que rien n'est plus délicat, sinon difficile, de reconnaître la coexistence d'une tumeur annexielle et d'une grossesse. Et le diagnostic devient d'autant plus hésitant que l'on pratique l'examen chez une femme plus près du terme. Car, alors, la surdistension de l'abdomen dûe à la tumeur et à la grossesse, ajoute une nouvelle difficulté. Tout d'abord il faut s'assurer de l'état gravide de l'utérus. Ce n'est pas toujours chose très aisée, mais si nous suivons les conseils de notre maître, le professeur Pinard, par un examen méthodique, nous arriverons à déterminer les différentes particularités de l'œuf, le contour utérin, et peut-être aussi la tumeur concommitante.

Pinard, Tillaux et Lepage ont rapporté deux observations intéressantes à ce sujet, il s'agit de grossesses avec hydramnios. Or, rien n'est plus difficile parfois que d'en faire le diagnostic différentiel.

Malheureusement, il n'en va pas ainsi seulement pour l'hydramnios, mais la grossesse gemellaire, avec hydropisie d'un des deux amnios, dit Pinard est encore une des nombreuses causes d'erreur.

Lacoexistence d'une grossesse ectopique et d'une grossesse intra-utérine est encore susceptible de nous donner le change. Il en est de même des fibrômes pédiculés.

Quoiqu'il en soit, avant de formuler tout diagnostic il sera bon, d'évacuer au préalable, la vessie, qui, par sa distension pourrait nous en imposer pour une tumeur.

La difficulté du diagnostic peut être encore augmentée du fait que la tumeur peut être incluse dans le petit bassin. En effet, si sous avons affaire à une tumeur plutôt solide, comme le kyste dermoïde, ou bien s'il y a des adhérences qui le fixent en place, et le rendent immobilisable, nous pourrons croire à un fibrôme du segment inférieur ou à tout autre tumeur des parois de l'excavation. Le toucher vaginal seul ne pourra nous fournir des renseignements suffisants. Il faudra lui adjoindre la palpation abdominale. Par cette combinaison, on arrive à prendre la tumeur annexielle « entre les deux mains » et ainsi, à reconnaître avec beaucoup de précision son volume, sa consistance et sa forme ainsi que ses rapports avec l'utérus.

Le toucher rectal, surtout combiné, comme le toucher vaginal, à la palpation, fournit également des renseignements qui, à l'occasion peuvent être des plus précis. Mais il semble qu'on en est abusé, car on sait que Simon (Dr Eidelberg) a proposé le toucher manuel rectal. C'est une manœuvre brutale qu'il faut éviter de pratiquer.

Palpation méthodique de l'abdomen et touchers combinés, nous fourniront donc les éléments nécessaires à notre diagnostic. Nou spourrons nous assurer ainsi qu'il s'agit bien d'un utérus gravide accompagné, compliqué d'une tumeur, et cette tumeur nous pour-

rons ainsi elle-même la délimiter d'une façon suffisamment précise. Nous pourrons donc de cette façon éliminer différentes affections comme l'hydramnios, la rétroversion de l'utérus gravide qui ont leur symptomatologie propre, la vessie distendue, etc.

OBSERVATONS

Nous venons de voir ce que pensent de nombreux auteurs, qui tous, ont eu un champ d'étude plus ou moins restreints. Laissons, à présent, la parole aux faits. Nous allons essayer de faire revivre devant les yeux du lecteur, les observations de onze femmes que notre maître le professeur Pinard, a examinées, soignées et guéries.

Observations 908 de 1891

Kyste de l'ovaire. Application de forceps en D. T. — Procubitus de la main.

D. H., domestique, âge ? Ipare.

Dernières règles, 28 septembre 1890.

Le 1er juin, la femme perd un peu de sang, elle consulte une sage-femme qui lui conseille de venir à la clinique Baudelocque.

Le 10 juin, elle entre à la clinique.

Examen : H U 35 cms, utérus incliné à droite.

Présentation de la tête mobile en G. T., auscultation bonne.

Le fœtus est repoussé en avant par une tumeur qui siège à gauche. *Au toucher :* on sent dans le cul-de-sac postérieur du vagin une tumeur qui gène considérablement le toucher. Le col est situé en haut et en avant, au-dessus de la symphyse. Cette tumeur fluctuante, distincte de l'utérus semble se continuer avec une autre que l'on sent dans la fosse iliaque gauche.

M. Pinard pose le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Le 13 juin, la tête fœtale est située dans la fosse iliaque droite. Les urines contiennent des traces d'albumine.

12 *juillet* 6 heures soir, apparition des premières contractions utérines douloureuses. Puis au fur et à mesure que le travail avance, on peut constater le mouvement ascentionnel du kyste, ainsi que l'engagement progressif de la tête fœtale. Au momen tde l'accouchement, le kyste est tout entier contenu dans le flanc gauche et en arrière.

A 4 h. 40 soir, les bruits du cœur se modifient, application des forceps en O P par Mlle Roze.

Extraction d'un enfant mort pesant 2,620 grammes.

Le placenta est expulsé spontanément 10 minutes après l'extraction de l'enfant.

Le placenta pèse 400 grammes.

Les suites de couche sont normales.

La mère sort le 1er août de la clinique en bon état.

Observation 1280 de 1898

Kyste probablement uniloculaire du ligament large, obstruant l'excavation, du volume d'une tête fœtale, s'étant laissé déprimé. Accouchement prématuré et spontané.

J. E. 24 ans, couturière, II pare.

Réglée à 10 ans régulièrement. toujours bien portante.

1er accouchement 1892, normal, à terme.

Grossesse actuelle. D. R. 10-13 décembre 1897.

Pas plus pendant la grossesse actuelle qu'auparavant, elle n'a ressentie aucune gêne, aucun malaise, pas de troubles de la miction ni de la défécation, jamais d'œdéme.

Dans la nuit du 27 au 28 juillet, vers deux heures du matin, rupture spontanée des membranes. Un peu inquiète parce qu'elle sait qu'elle n'est pas à terme, elle vient le 28 consulter, à la clinique, où on lui conseille d'entrer.

Examen : tête très mobile au-dessus et un peu à droite du détroit supérieur, avec dos à droite.

Le corps de l'utérus est fortement dévié à droite, le fond se trouve à 34 cms au-dessus de la symphyse.

Au toucher, on sent difficilement le col, fortement rejeté en avant, soulevé au-dessus du pubis et très élevé.

On ne l'atteint qu'en l'abaissant par le palper. Il est fermé. En arrière, occupant toute la concavité du sacrum, repoussant en avant la paroi postérieure du vagin, et semblant remonter dans l'abdomen, à gauche de l'utérus se trouve une tumeur du volume d'une tête de fœtus résistante, assez tendue, qui paraît complètement indépendante de l'utérus. Les mouvements de latéralité communiqués à l'utérus, ne se transmettent nullement à la tumeur. Si, au palper, on explore la fosse iliaque gauche, on trouve mal le prolongement de la tumeur, perçue dans le vagin, remontant le long de l'utérus jusqu'à environ trois travers de doigts au-dessus du rebord supérieur du pubis.

Si on combine le toucher et le palper, on constate

une certaine fluctuation, plus perceptible encore si on fait soulever l'utérus à droite.

Cette femme est examinée le 30 juillet par Mme Varnier qui pense à un kyste de l'ovaire, M. Pinard fait le même diagnostic. Il est décidé qu'on fera la laparatomie dans la journée.

Le 30 juillet au matin, l'examen fournit à peu près les mêmes sensations, mais la femme commence à avoir quelques douleurs. A partir de midi les douleurs deviennent plus fréquentes et plus violentes. Le col s'efface.

M. Varnier prévenu pense qu'il faut intervenir le plus rapidement possible, la présence du kyste dans l'excavation pouvant présenter quelques dangers au moment de l'accouchement.

A 3 heures 50, la femme expulse spontanément un enfant du sexe féminin pesant 1,770 grammes, avec un biparietal de 7 cms 4. Le placenta est expulsé spontanément 10 minutes après.

En pratiquant le toucher, après la délivrance, on trouve encore le col très élevé, au-dessus de la symphyse pubienne, plutôt un peu à droite de la ligne médiane; le corps de l'utérus est toujours déjeté à droite. Le fonds est à environ deux travers de doigts au- dessus de l'ombilic.

La concavité du sacrum est occupée par une tumeur molle, fluctuante, dépressible, occupant plutôt la partie gauche du petit bassin. Par le palper ,on constate à gauche de l'utérus, et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, une tumeur présentant les mêmes caractères que la tumeur perçue par le toucher vaginal.

MM.Varnier et Delbet, pensent maintenant, qu'il s'agit probablement d'un kyste du ligament large.

On fait une injection intra-utérine prolongée.

La malade sort sur sa demande le 8 août 1898 avant son départ elle estexaminée par M. Varnier.

Le kyste dont la tension semble avoir augmentée remonte à 16 cm. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Son plus grand diamètre transversal est de 19 centimètres.

Par le toucher on arrive difficilement sur le col de l'utérus, toujours situé au-dessus de la symphyse et légèrement à droite. Le corps utérin est toujours à droite. Le fond s'élève jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Suites de couche normales.

La mère et l'enfant sortent en bon état de la clinique.

Observation 2.024 de 1901

Opération césarienne suivie de l'hysterectomie avec ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit, chez une femme ayant subi antérieurement une laparatomie pour rupture complète d el'utérus pendant le travail.

A. M. 32 ans, ménagère, III pare.

1er accouchement, 1891, à terme, 48 heures de travail, applicatio nde forceps sur enfant mort, se présentant par la face.

2e accouchement, à terme, 1892, après 24 heures de travail, la sage-femme fait appeler le médecin qui fait

le diagnostic de rupture utérine. Laparatomie par le Dr Chevallier, de Compiègne. Placenta et fœtus sont expulsés en totalité dans la cavité abdominale ; large rupture du segment inférieur. Suture au catgut, quelques phénomènes péritonéaux pendant les premiers jours.

Guérison au bout de 7 semaines.

Grossesse actuelle. D. R. 20-27 février 1901.

Envoyée à la clinique par le Dr Mulette, cette femme est placée au dortoir, en attendant le terme de sa grossesse, le 6 août 1901. A son arrivée, on constate la présence d'une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête fœtale.

Le 18 novembre, examen de M. Couvelaire.

Forme de ventre irrégulière. A côté de l'utérus gravide médian légèrement incliné à gauche, fait saillie dans le flanc droit une tumeur ayant le volume d'une grosse tête de fœtus à terme.

1° La peau est mince, le pannicule adipeux peu développé sur la ligne médiane sous-ombilicale. Cicatrice longue de quinze centimètres, son angle inférieur est étalé en une plaque cicatricielle pigmentée, large comme une pièce de cinq francs, irrégulière.

La partie toute supérieure de la paroi au niveau de la cicatrice, présente sur une étendue de 2 à 3 cm. un peu d'éventration.

Il semble lorsqu'on mobilise transversalement et surtout verticalement la paroi qu'il y ait des adhérences entre cette paroi et les organes abdominaux (utérus gravide).

2° L'utérus médian, est légèrement incliné à gauche

son fond est à 36 cm. du bord supérieur du pubis sur la ligne médiane. Il renferme un fœtus vivant, dont la tête est en bas, mobile au-dessus du détroit supérieur avec tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche, le dos est à droite. B. d. C. bons un peu à droite de la lignemédiane au voisinage de l'ombilic. Sur le flanc droit de l'utérus est une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, de forme régulière, sphérique, fluctuante, légèrement mobilisable, affleurant par son pôle inférieur, à la partie supérieure de la fosse iliaque. Cette tumeur semble distincte de l'utérus gravide dont elle est séparée par un sillon. Le diagnostic probable est celui de kyste de l'ovaire.

3° L'excavation est vide, le col, haut placé, est profondément déchiré. Profonde déchirure cicatricielle à gauche. Lèvre antérieure proéminente, en battant de cloche. Pas de lèvre postérieure. Le promontoire n'est pas accessible.

Dans la nuit du 19 au 20 novembre, la femme qui était au dortoir, perd du sang, et a quelques contractions utérines douloureuses. Elle passe la nuit à la salle de travail.

20 novembre 10 heures 30 du matin. Examen de M. Pinard. Il est impossible de délimiter la tumeur, et de la séparer de l'utérus. On sent bien quelque chose d'anormal faisant saillie sur le flanc droit de l'utérus, mais c'est tout. La femme a d'ailleurs des contractions utérines douloureuses. M. Pinard note, de plus, une légère asymétrie du bassin. La fesse droite est aplatie, crête iliaque, épine iliaque postérieure, et supérieure, sacrum ne présentant cliniquement rien d'anor-

mal. M. Pinard, en raison des antécédents obstétricaux de cette femme, en raison de l'état de son col, de la présenc ed'une tumeur abdominale, des adhérences probables (cliniquement) de l'utérus à la paroi, décide de pratiquer sur le champ (la femme étant à terme, et au début du travail) la laparatomie et l'opération césarienne.

La laparatomie est pratiquée à 11 h. 45 par M. Segond. Chloroforme. Femme en position de Trendelembourg.

1° Longue incision médiane sous et sus-ombilicale mettant à nu l'utérus gravide dont la face antérieure ne présente aucune adhérence.

Ponction au bistouri de la face antérieure de l'utérus et des membranes. L'incision est agrandie au doigt pour permettre à M. Pinard d'extraire par les pieds l'enfant vivant, qui crie immédiatement.

2° Pendant que deux pinces à traction sont placées sur les lèvres de la partie supérieure de l'incision abdominale M. Segond fait basculer au dehors 1° l'utérus renfermant le placenta et les membranes, et 2° un kyste de l'ovaire droit libre d'adhérences, dont le pédicule et rapidement sectionné au-dessus d'un clamp.

Hystérectomie supra-vaginale après l'hémostase préventive avec clamp et pinces de Kocher.

Cette première partie de l'opération a été très rapide.

3° Traitement du moignon. Une mèche de gaz stérilisée est conduite par l'orifice utérin dans le vagin, et attirée hors de la vulve, son bord supérieur reste intra-cervical.

Suture du moignon avec des points séparés à la soie plate et deux surjets au catgut.

Ligature des 4 pédicules à la soie plate. Péritonisation des pédicules. Toilette du péritoine (compresses de gaz stérilisée).

Drainage : Deux gros drains de caoutchouc sont placés entre le moignon et l'angle inférieur de la plaie abdominale. Ils sont fixés à la paroi par un fil de soie plate.

Suture de la paroi, un plan total au fil d'argent.

Pansement, gaz stérilisée. Durée totale 1 h. 15.

Suites opératoires :

Ablation d'un drain au bout de 48 heures.

Ablation du 2e drain au bout du 3e jour. Il est remplacé par une mèche de gaz iodoformée.

Suintement sanguinolent jusqu'au 8e jour.

Ablatio ndes fils le 7e jour.

Examen sommaire des pièces (conservées au musée de la clinique Baudelocque).

La partie de l'utérus enlevée par hysterectomie, pèse 1,055 grammes. Elle comprend la presque totalité de l'utérus, la section chirurgicale a porté sur les parties basses du segment inférieur.

Rien de particulier au niveau des ligaments larges ni sur la surface péritonéale de l'utérus.

On ne trouve pas de traces de suture ni de points de suture.

Le placenta inséré sur la face postéro-latérale gauche de l'utérus pèse 520 grammes.

Le kyste ovarique gros comme les deux poings, renfermait 228 grammes d'une bouillie sébacée épaisse.

la surface intérieure irrégulière présente des saillies irrégulières formées par des travées osseuses et cartilagineuses. T. 40 au 8e jour.

La mère et l'enfant sortent de la clinique en parfait état.

Observation 1343 de 1902

Kyste de l'ovaire. Accouchement spontané.

B. M. 23 ans, ménagère. I pare.

Cette femme ne présente rien de particulièrement intéressant dans ses antécédents.

La date de ses dernières règles reste indéterminée.

La HU=36 cms.

L'utérus est développé régulièrement, de consistance molle, l'excavation est vide. Au-dessus de l'aire du détroit supérieur on sent une petite partie fœtale et également au fond de l'utérus une partie plus volumineuse qui ballotte, au-dessous d'elle, le sillon du cou, le plan résistant se trouve du côté gauche, le liquide amniotique paraît être en quantité normale.

Par le toucher vaginal, on constate que le col est élevé, aplati derrière la symphyse et à droite, par une tumeur qui fait saillie sur la partie postérieure du vagin. Cette tumeur, dont les limites supérieures ne peuvent être senties et deviennent inférieurement à 8 et 9 cm. de l'orifice vulvaire, va en s'évasant supérieurement, et, aussi haut qu'on puisse l'atteindre, elle mesure 10 centimètres environ dans le sens transversal. Elle est de consistance molle, rénitente, et ne semble pas mobilisable. Elle paraît occuper le cul-de-sac de

Douglas. Le cul-de-sac postérieur du vagin subsiste, (toucher vaginal et rectal). On peut constater que la tumeur siège bien dans le cul-de-sac péritonéal, entre le rectum et la paroi postérieure du vagin. Les B. d. C. sont bons.

9 *juin*. On pratique une version par manœuvres externes.

On transforme le siège en extrémité céphalique.

Le dos est à gauche.

La femme se plaint de douleurs continuelles dans le ventre, surtout à gauche.

10 *juin*. Le siège fœtal est revenu au détroit supérieur.

M. Pinard conseille de ne rien faire.

21 *juin*. La tête est en bas. Le dos à gauche. La tumeur paraît être un peu plus volumineuse, et plus dure.

9 *juillet*. On ne sent plus de tumeur par le toucher vaginal et rectal. La tête est en bas, mobile.

28 *juillet*. M. Couvelaire examine la femme et constate que la tumeur est remontée au-dessus du détroit supérieur, et que la tête tend à se fixer.

31 *août*. La femme ressent les premières contractions utérines douloureuses. Elle est amenée à la salle de travail. On constate que la tête est bien fixée et que la dilatation est de 1 fr. Les contractions sont régulières et efficaces.

1er *septembre*. La dilatation est complète à 4 h. 50 matin, et après 10 minutes de période d'expulsion, la femme accouche à 5 heures du matin d'un garçon pesant 3,700 grammes.

Délivrance normale 20 minutes après. Le placenta pèse 650 grammes.

Suites de couches : au 4e jour : 38°2, P. 112. Le soir : T. 39°4, P. 120.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état le 13 septembre 1902.

Observation 934 de 1902

Hydrosalpinx à pédicule tordu. — Dilatation manuelle. Application de forceps. — Laparatomie.

R. 36 ans, II pare; infirmière surveillante.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires 1er accouchement normal.

Grossesse actuelle. D R. 5-13 septembre.

Vers deux mois et demi environ de sa grossesse metrorrhagie pendant 15 jours. La femme garde le repos au lit. Puis elle reprend son service.

Douleurs assez vives dans le côté droit, cessant assez rapidement.

Le jeudi 5 juin à 5 heures du matin, très brusquement la femme est prise d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, et de nausées. Elle a en même temps des envies fréquentes d'uriner.

Elle fait prévenir M. Barth qui l'examine et qui, pensant à la possibilité d'une appendicite aigüe, l'envoie à la clinique, après lui avoir fait une injection de morphine.

A midi, examen de M. Couvelaire : T. 36°6, P. 60.

Etat général bon. La douleur spontanée est un peu

calmée, ventre souple, pas de défense musculaire, ni météorisme, ni d'hyperesthésie cutanée. Le palper de la fosse iliaque détermine, dans une région large comme une pièce de cinq francs, une douleur très vive; la malade demande qu'on cesse l'exploration. Cette zône douloureuse correspond à peu près à la région de Mac-Burney.

Le fond de l'utérus est à 34 cent. du pubis B. d. C. bons. La tête fœtale est en bas non engagée mais bien d'aplomb. Le col est long, le cul-de-sac libre et non douloureux.

L'interrogation au point de vue douleur subjective donne les renseignements suivants :

La femme montre : 1° la région inguinale et la grande lèvre droites.

2° La région lombo-iliaque droite.

3° La fosse iliaque.

La douleur subjective réside toujours sur le trajet inguinal. L'intestin fonctionne bien.

M. Pinard est immédiatement prévenu, 5 heures du soir examen de M. Pinard.

Juste au moment de son arrivée, les douleurs calmées par la morphine, reprennent violentes. La femme se tord, mettant la main dans la région inguinale vers la grande lèvre droite. P. 60, T. 36°8. La malade a fourni 150 gr. d'urines, limpides, un peu hautes en couleur, sans albumine. Même état local que le matin.

M. Pinard pense : 1° que la femme n'a pas de symptômes très nets d'appendicite. 2° Qu'elle présente des accidents de « coliques » vraisemblablement néphré-

tiques. 3° Qu'il n'y a pas lieu d'intervenir actuellement. 4° Il prescrit grand bain chaud et opium.

Le 6, le 7, l'état reste absolument le même, les grands bains sont continués. morphine 1 cc. Les douleurs persistent avec leur caractère.

Période d'accalmie de plusieurs heures, puis reprises douloureuses violentes. Vomissements. Diarrhée.

Le 8 au matin. Vomissements bilieux, diarrhée.

Le 9, 9 heures matin. Apparition de symptômes nouveaux.

Etat nauséeux, vomissements porracés, diarrhée météorisme abdominal considérable. La malade rend des gaz. Pas de défense musculaire. Teinte subictérique. Les urines, acajou, renferment un pe ud'albumine et des pigments biliaires. T. 36°6 P. 104.

Nez pincé, faciès anxieux. Quelques contractions utérines douloureuses. Le col est entr'ouvert et non effacé. Enfant vivant.

M. Pinard décide qu'il faut intervenir le plus rapidement possible. Il convoque M. Barth qui partage sa manière de voir et il est décidé :

1° Que rien ne sera fait avant l'évacuation de l'utérus.

2° Que l'évacuation de l'utérus sera faite séance tenante et avec le minimum de traumatisme : dilatation manuelle, forceps.

3° Qu'après l'évacuation de l'utérus on pratiquera la laparatomie.

11 *heures* 40. La femme est chloroformée. M. Pinard commence la dilatation digitale du col, le col étant long et perméable à un doigt.

11 *heures* 45. La dilatation est de 5 francs pendant une contraction utérine. M. Pinard introduit trois doigts dans l'orifice, puis la main toute entière franchit l'orifice et à

Midi. Rupture de la poche des eaux. Le liquide est opalescent.

Les B. d. C. sont bons. Application de forceps, la tête orientée en D, T.

M. Pinard exerce alors des tractions lentes et prudentes, mais le col bride la tête fœtale armée du forceps. La tête ne progressant pas, le forceps est désarticulé et une deuxième application est faite par M. Couvelaire.

Midi 40. La tête est à la vulve. Extraction d'un enfant confié à Mlle Roze, pas d emouvements respiratoires. Aspirations et insuflations. Mort à 1 heure 20.

Délivrance artificielle. L'intervention totale a durée 1 heure 20. T. 37° P. 120 .

6 *heures* 25. T. 36°8. P. 120.

Examen de MM. Pinard, Barth, Segond.

Le ventre est souple, non météorisé, il n'est pas douloureux au palper prolongé et profond de M. Segond qui explore les fosses iliaques et la région hépatique. La malade ne souffre plus du tout. Elle ne vomit plus.

7 *heures* 20. Il est décidé d'intervenir.

M. Segond pratique une laparatomie médiane. La trompe droite, hydropique, s'était tordue deux fois sur son pédicule, en sens inverse des aiguilles d'une montre, un peu de péritonite sur la poche ecchymotique, noire. Intestins légèrement météorisés, épiploon congestionné, pas de liquide. Ablation de la trompe et de

l'ovaire, non apoplectiques, suture en un plan, pas de drainage.

Deux jours après l'intervention, ictère intense, dyspnée, ventre météorisé, non douloureux. La femme rend des gaz. Vomissements.

Suites de couches et suites opératoires sensiblement normales.

La femme sort en parfait état le 3 juillet.

OBSERVATION 652 de 1903

Utérus cordiforme. — Kyste de l'ovaire. — Opérée deux mois et demi après l'accouchement par M. Segond.

E. L., 25 ans, lingère, II pare.

Rien de particulier dans ses antécédents.

1er accouchement normal. Enfant vivant.

Grossesse actuelle. D R 25-31 juillet.

En août 1902, la femme ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite. Augmentation du volume de l'abdomen. Consulte à Beaujon le professeur Berger, qui diagnostique un kyste de l'ovaire, mais la femme n'ayant pas eu ses règles, et une grossesse étant soupçonnée, l'opération n'a pas lieu.

Au début de la grossesse, les douleurs sont lancinantes dans le côté droit. Ces douleurs s'irradient vers le sein droit et les lombes. La femme cesse son travail.

En janvier les douleurs deviennent plus violentes, continues, durant un jour ou deux, calmées par le repos au lit et augmentées par la fatigue.

Du 11 février au 15 mars, la femme vient à la con-

sultation de Baudelocque ou plusieurs fois on fait des versions par manœuvres externes, tantôt pour présentation du siège, tantôt pour présentation de l'épaule.

Le kyste n'est pas diagnostiqué, mais il est soupçonné.

17 *avril. Inspection.* Le ventre est allongé dans le sens transversal ,il est séparé en deux tumeurs par un sillon qui se trouve sur une ligne allant du mamelon droit au milieu de l'arcade de Fallope.

Palpation. A gauche, on reconnaît l'utérus renfermant un fœtus placé longitudinalement, sommet engagé en G. A.

A droite, on sent une tumeur très fluctuante, peu tendue, (permettant de reconnaître le bord droit de l'utérus). La partie supérieure de la tumeur ne peut être délimitée que par la palpation, car, à la percussion, elle se continue avec la matité du foie. Enfin, à la palpation, cette extrémité supérieure semble s'insinuer sous les cartilages costaux.

L'utérus est rejeté à gauche et tordu sur son axe. (La face antérieure regarde en avant et à droite.

Début du travail, 17 avril, 10 heures du matin.

Présentation O I G A. — B. d. C. bons.

18 avril, 6 heures 20 du matin, dilatation complète. Rupture artificielle des membranes.

La femme expulse spontanément à 6 heures 30 du matin, un garçon pesant 3,900 grammes, vivant.

Délivrance normale. Placenta : 600 grammes.

L'accouchement n'a rien présenté de particulier.

Suites de couches normales.

Le 8 juillet 1903. M. Segond a pratiqué l'ovariotomie.

Observation 960 de 1903

Opération césarienne conservatrice pour kyste de l'ovaire. — Deux accouchements ultérieurs normaux.

M. S., 19 ans, I pare, marchande de quatre saisons.

Réglée à onze ans et demie, n'a jamais présenté aucun trouble pathologique du côté de son appareil génital.

D. R. 28 juillet-4 août 1905.

Cette femme se présente à la consultation de Baudelocque le 2 mai, on lui conseille d'entrer immédiatement en raison de la situation anormale du col utérin.

Le 2 mai on fait les constatations suivantes :

H U 36 cm. Léger excès de liquide. Dans la fosse iliaque droite un pôle fœtal relié à un second pôle situé au fond de l'utérus, à gauche par un plan résistant. Le pôle inférieur est une tête.

L'excavation explorée par le palper est occupée par une tumeur.

Au toucher, le col extrêmement élevé, est situé derrière le pubis, un peu à droite. Pour l'atteindre, le doigt chemine dans un étroit couloir limité par une tumeur remplissant l'excavation.

Cette tumeur, de consistance très dure, est distincte du squelette, son origine utérine ou ovarienne n'est pas reconnue.

3 *mai.* Les urines contiennent de faibles traces d'albumine. On prescrit le régime lacté.

Au toucher (très douloureux) on reconnaît que la tête fœtale est engagée, appuyant sur la partie posté-

rieure du segment inférieur, qui est aminci à ce niveau et permet ainsi de percevoir la fontanelle. Le col est rejeté en avant sous la symphyse.

8 *mai*. Le toucher est plus douloureux. Le col est rejeté en avant et à droite. La tête distend davantage le segment inférieur.

21 *mai*. H U, 31 cent.

26 *mai*. H U, 36 cent.

4 *juin*. Examen de M. Pinard ; Tumeur dans l'excavation' légèrement mobile. Tête en bas, immédiatement au-dessus de la symphyse. Col élevé derrière la symphyse des pubis.

5 *juin*. Dans la journée, la femme ressent quelques douleurs vagues, mais, au palper, on ne perçoit pas de contractions utérines. Ecoulements de glaires sanguinolentes.

Dans la nuit, les douleurs deviennent plus violentes, la femme est amenée à la salle de travail à minuit. Le col est en voie d'effacement. B. d. C. bons.

Dans la nuit du 5 au 6 juin, les contractions diminuent peu à peu et vers 5 heures le matin, elles disparaissent.

7 *heures matin*. H U. 40 cent. Les contractions réapparaissent et deviennent très rapprochées.

11 *heures* 45 *matin*. La femme est anesthésiée, M. Segond pratique la laparatomie. Incision de la paroi abdominale, luxation de l'utérus hors de la cavité abdominale, entraînant une tumeur libre, sans aucune adhérence située en bas et à gauche. Incision médiane de la paroi utérine et extraction d'un enfant qui crie aussitôt. Section du cordon et extraction du placenta.

Opération césarienne conservatrice, 2 plans de suture au catgut. Ablation très simple d'une tumeur solide de l'ovaire.

La femme est réveillée à 1 heure 25. P. 92.

Suites opératoires sensiblement normales.

L'enfant pèse 4,180 grammes. Le placenta 600 grammes.

La femme et l'enfant sortent le 22 juillet en bon état.

Depuis l'ovariotomie, pratiquée lors de sa première grossesse, la femme a eu deux autres grossesses.

— L'une terminée en novembre 1904, à terme, spontanément. Enfant 4,090 gr. Placenta 580 gr. (obs. 1,663 de 1904).

— L'autre, terminée en septembre 1906, par un accouchement spontané et à terme. Enfant 3,900 gr. Placenta 530 gr. (obs. 1,495 de 1906).

Observation 41 de 1904

Kyste de l'ovaire gauche, refoulé manuellement. — Accouchement spontané.

G. M., 33 ans, sans profession. III pare.

1er accouchementnormal en 1898.

2e grossesse. Clinique Tarnier, accouchement normal. 1901.

La femme souffre du ventre après son 2e accouchement. Le 3e jourM. Macé diagnostic un kyste de l'ovaire gauche, de la grosseur d'une orange.

Suites de couches normales. Sortie au 11e jour.

Grossesse actuelle. D. R., 31 mars-4 avril.

Le 6 janvier, 2 heures du soir, la femme vient à la clinique Baudelocque. A l'inspection : rien de particulier. Au palper : Tête mobile élevée, dos à droite, on ne perçoit aucune tumeur dans les fosses iliaques. B. d. C. bons. Au toucher : Col au centr ede l'excavation, long, perméable, membranes intactes. Le toucher ne permet de sentir rien d'anormal dans le petit bassin.

Cette femme est admise au dortoir.

4heures soir. Elle perd un peu de liquide.

5 *heures* 30. Contractions utérines douloureuses, fréquentes.

Le liquide amniotique qui s'écoule est vert. Au toucher, le doigt rencontre immédiatement une masse assez volumineuse plongeant dans l'excavation, de consistance rénitente, très tendue, et remontant dans la fossé iliaque gauche, et refoulant la paroi antérieure du vagin, surtout à gauche.

Cette tumeur est antérieure à la tête fœtale.

Le col est refoulé loin à droite et en arrière, ouvert dans le sens transversal, offrant le diamètre d'une pièce de 5 francs, le liquide qui s'en échappe lentement est vert-purée.

La tête fœtal eest au-dessus de la tumeur tendant à se fixer. Au moment des contractions, cette tumeur formée par un kyste de l'ovaire gauche se tend fortement, et bombe dans le vagin.

Les douleurs se suivent toutes les 5 minutes. Les B. d. C. sont bons.

Ce n'est qu'après ces constatations, et pressée de questions sur ce point, que la femme avoue avoir été

prévenue de l'existence de ce kyste ovarien par M. Macé en 1901.

Mlle Roze essaie de refouler le kyste au-dessus de la tête fœtale, mais ne peut y parvenir.

6 *heures* 15 *soir*. M. Delestre parvient à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin à refouler le kyste qui s'échappe brusquement, cependant que la femme accuse une légère sensation douloureuse.

Le kyste se place d'abord à gauche de la ligne médiane, puis tombe dans la fosse iliaque gauche. Il fait sous la paroi une saillie notable. Son volume est celui d'une grosse orange. Sa consistance est nettement fluctuante. Un sillon très accusé la sépare de l'utérus.

Ces caractères n'existaient pas lors du 1er examen de cette femme.

La tête s'engage aussitôt, elle appuie sur le col qu'elle dilate rapidement.

6 *heures* 30. Dilatation complète, liquide vert-purée.

6 *heures* 45. Expulsion spontanée d'un enfant pesant 2.780 gr. qui crie aussitôt.

La délivrance n'offre rien de particulier.

Les suites de couches sont normales.

Observation 468 de 1907

Dystocie par tumeur kystique pelvi-abdominale. — Rupture précoce des membranes. Liquide vert. — Opération de Porro et ablation de la tumeur par M. Mouchotte.

M. S., 37 ans, V pare, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et physiologiques.

Réglée à onze ans et demie, régulièrement elle a eu ses premiers rapports à 23 ans.

Accouchements antérieurs. En 1893 et 1896, elle accouche spontanément d'enfants nés à terme, élevés au sein maternel le 1er, 15 mois, le 2e, un an. Ces enfants sont actuellement vivants et bien portants. Durant les deux allaitements, la femme n'a pas été réglée.

En octobre 1899, elle accouche pour la 3e fois. L'accouchement au terme du 9e mois, fut terminé par une application de forceps. Le placenta s'insérait vicieusement. L'enfant mourut après quelques inspirations. Les règles réapparurent 6 semaines après l'accouchement.

En juillet 1901 M. S. avorte au cours du 4e mois.

Grossesse actuelle. — Les règles se montrent pour la dernière fois a udébut de juillet 1906. La grossesse évolue normalement jusqu'au 20 mars 1907, époque à laquelle la femme, à 5 heures du soir, eut un chémorragie légère. M. S. se reposait depuis quinze jours, mais avait eu un rapport 48 heures auparavant.

A 11 heures du soir, elle ressent les premières contractions utérines douloureuses et lorsqu'elle entre à la salle de travail, le 21 mars à 9 heures 15 d umatin, les membranes se rompent spontanément, le liquide est normal.

La femme est examiné à ce moment et l'on fait les constatations suivantes : L'utérus est incliné à droite. Le fond s'élève à 30 centimètres au-dessus du pubis, l'extrémité céphalique qui se présente est haut située au-dessus du détroit supérieur. Le dos est à droite, les

bruits du cœur sont bons, l'orifice est dilaté comme deux francs.

Il existe dans la partie supérieure de l'excavation en arrière et à gauche, une masse mollasse pris epar la sage-femme de garde pour une tumeur stercorale (la femme n'avait pas encore dit avoir été examiné par MM. Pinard et Couvelaire). Deux lavements successifs sont donnés et une quantité notable de matières fécales est évacuée.

A midi le liquide amniotique est vert, et l'on constate que la masse est descendue davantage dans l'excavation et qu'elle est plus tendue. A midi M. Mouchotte fait les constatations suivantes : Ainsi que MM. Pinard et Couvelaire, il diagnostique une tumeur kystique qui descend dans la moitié supérieure de l'excavation, en arrière et à gauche, et qui par sa partie supérieure, remonte au-dessus du détroit supérieur, au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. La limite supérieure est donc impossible à délimiter. L'orifice utérin est reporté très en avant, derrière la symphyse pubienne, il n'est pas circulaire mais elliptique, à grand axe transversal et long d'environ 4 centimètres.

La tête haut située est accessible à bout de doigt.

Des pressions digitales douces et soutenues ne parviennent pas à refouler la tumeur dans l acavité abdominale.

Les bruits du cœur sont accélérés, et M. Pinard, mis au courant de la situation ordonne d'intervenir le plus tôt possible pa rla voie haute.

A 2 heures, M. Mouchotte pratique la laparatomie.

Opération. L'utérus est extériorisé et incisé sur sa

paroi antérieure. Le placenta qui s'insère sur cette face antérieure est décollé. L'enfant est extrait au niveau de la partie supérieure de l'œuf. Il est en état d'apnée et couvert de méconium. Le cordon est sectionné et l'enfant est ranimé. Il pèse 2.750 gr. Diamètre B i P : 9. Placenta : 580 gr.

A ce moment il se produit une alerte chloroformique et l'intervention est suspendue une dizaine de minutes.

Pose d'une ligature élastique et d'une broche. Amputation utéro-ovarique à la manière de Porro.

La partie supérieure de l'incision péritonéale est suturée, et comme il a été fait une protection minutieuse de la cavité abdominale, à l'aide de compresses, que pas une goutte de sang ne s'est écoulée dans cette cavité, M. Mouchotte fait mettre la femme en position déclive.

Il constate alors en arrière et à gauche de l'utérus la présence d'une tumeur kystique, débordant par son pôle supérieur (gros pôle) le pourtour du détroit supérieur au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche et descendant par son pôle inférieur (petit pôle) jusqu'au tiers moyen de l'excavation. Des adhérences molles fixent la tumeur postérieurement. Ces adhérences sont rompues et la tumeur peut être énuclée en totalité.

Elle a le volume d'un gros poing d'adulte et est constitué par un kyste ovarien. Le pédicule est sectionné après ligature au catgut.

La femme est replacée en position horizontale.

Le péritoine est suturé au catgut et fixé au moignon utérin.

Suture de la paroi aux crins de Florence. Drain. Pansement.

Suites opératoires. 21 mars au soir. T. 36°8. P.62. 300 grammes de sérum, la femme ne vomit pas.

22 mars. T. 36°6. P. 76. La femme n'a pas vomi, elle n'a pas souffert. Pas d'injection de morphine.

Elle urine spontanément 700 grammes.

T. 37°4. P. 72.

23. T. 37°3. P. 72. Sonde rectale. L'opérée rend quelques gaz. Comme il y a peu d'urine on fait 250 grammes de sérum artificiel. Le drain est enlevé. Soir. T. 37°8. P. 72.

24. T. 37°4 et 36°8. 250 grammes de sérum. Lavement de vin qui ramène peu de selles. 1,250 grammes d'urines sont recueillis.

25. Lavement d'huile d'amendes douces, il n'est suivi d'aucune selle, mais seulement de l'émission de nombreux gaz. Urines 500 grammes.

26. Huile de ricin 30 grammes. Selles abondantes.

Du 26 midi, au 27 midi, urines 1,000 grammes.

27. T. 38°2. P. 92.

28. T. 36°8. P. 112. 500 grammes de sérum artificiel et 80 grammes de sérum antistreptococcique. Lavement purgatif, le soir, qui ne ramène qu'un liquide jaunâtre. T. 38°. P. 130.

La malade est un peu agitée, $\frac{1}{2}$ ct. de morphine. Elle dort toute la nuit.

29. T. 39°2. P. 120. La femme rend quelques selles jaunes. Elle urine peu. Midi, 500grammes de sérum.

A 6 heures soir, 80 grammes de sérum antistreptococcique. Autour du moignon se sont accumulés des pro-

duits sphacélés qui sont chassés par un lavage à l'eau oxygénée. T. 38°4. P. 100.

Le soir la malade a uriné 500 grammes.

30. T. 36°6. P. 92. 300 grammes de sérum artificiel.

Selles abondantes après lavement évacuateur. Urines recueillies, 300 grammes. T. 37°4. P. 84.

Lavement, peu de garde-robes. 200 grammes, sérum salin. Urines 750 grammes.

1er avril. Lavement évacuateur. Régime lacté. 1,500 grammes d'urines.

2. La malade va bien et urine 2 litres.

5. Le moignon tombe.

A partir de ce moment toutes les fonctions sont normales, il n'y a aucune élévation de temperature.

L'enfant pèse 2,550 grammes le lendemain de sa naissance il présente un ictère très prononcé et généralisé.

Jusqu'au 25 mai il tête une nourrice du service.

25 mars. L'enfant est mis au sein de sa mère. Pendant 3 jours on complète les têtées. A partir du 11e jour il commence à diminuer de poids, il a des garde-robes vertes et mal digérées. Il régurgite après chaque têtée. Diète hydrique, frictions au beaume de Nerval. Lavages intestinaux, bains aromatiques.

Malgré tous les soins il succombe le 3 avril.

La femme quitte le service en parfait état le 8 mai.

Observation 529 de 1908

II pare. Tumeur pelvienne (kyste bilatéraux des ovaires) Hystérectomie supra-vaginale au cours du travail (M. Mouchotte).

A. S., 34 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et pathologiques. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, tous les 27 jours, ses règles duraient 5-6 jours, et n'ont jamais été modifiées ni en qualité ni en quantité.

1re grossesse, 2 décembre 1903, s'est terminée chez elle, par une basiotripsie sur enfant vivant au 9e mois après deux jours de travail. Les suites de couches furent simples.

L'obstacle à l'accouchement était une tumeur pelvienne. Le médecin qui l'assistait recommande à cette femme de se faire opérer et la prévient des dangers d'un nouvel accouchement si elle conservait sa tumeur.

Grossesse actuelle. D. R. 3-7 juin. La grossesse a évolué normalement, sauf difficulté à respirer, nécessitant continuellement la station assise. Cette femme dormait assise. Elle est grosse, (adipose très accentuée).

Cette femme est envoyée à la clinique Baudelocque par le Dr Henocque. Elle y entre le 18 février 1908.

Elle tient absolument à avoir un enfant vivant.

2 mars. Examen de M. Pinard. O. I. D. T.

Au toucher, le col est refoulé en haut et à droite par une tumeur qui occupe la partie postéro-latérale gauche de l'excavation. Tumeur paraissant du volume d'une tête d'adulte.

19 mars. 2e examen de M. Pinard. Même situation du fœtus. La tumeur paraît plus molle. M. Pinard donne les indications suivantes :

On attendra, en surveillant attentivement la femme, l'effet des premières contractions utérines douloureuses, dans l'espoir d'assister à l'ascension de la tumeur dans la cavité abdominale, et à l'accouchement spontané.

25 mars 10 heures soir. Apparition des premières contractions utérines douloureuses. Pendant toute la nuit, la femme a des contractions utérines espacées.

26 mars matin. Les contractions sont plus rapprochées et plus intenses.

10 heures matin. Examen de M. Mouchotte : Palper : O. I. D. T. tête haut située au-dessus du détroit supérieur. Auscultation bonne. Toucher : orifice dilaté comme 50 centimes, situé très en haut et très à droite, au niveau de l'éminence ileo-pectinée correspondantes. *Membranes intactes.*

L'aire de l'excavation est remplie par la tumeur molasse qu'il es timpossible de mobiliser.

11 heures 30. MM. Oui et Pinard font les mêmes constatations et ce dernier pose les indications suivantes :

« Intervention par la voie haute ». On fera tout pour conserver l'utérus, comptant sur l'allaitement pour obtenir la régression de la tumeur s'il s'agit d'un fibrôme. On fera l'ablation s'il s'agit d'un kyste de l'ovaire.

Opération. A midi 15 minutes, M. Mouchotte prati-

que la laparatomie. Opération ave cdes gants. Extériorisation de l'utérus.

Incision sur la ligne médiane. Le placenta n'est pas rencontré. Trois minutes après un garçon pesant 3,900 grammes est extrait. Il est en état d'apnée et est vite ranimé.

Ablation du placenta inséré sur la face postérieure de l'utérus (600 grammes).

Sur le bord droit de l'utérus, on constate que l'ovaire correspondant est dégénéré et forme une tumeur du volume d'un œuf de poule.

Pendant que M. Lacasse comprime l'isthme utérin, M. Mouchotte explore la face postérieure de l'utérus et le cul-de-sac de Douglas.

Il constate que celui-ci est rempli par une tumeur mi-solide, mi-liquide, qui est complètement indépendante de l'utérus et descend dans l'excavation pelvienne. Elle adhère à la face postérieure du vagin et au rectum par des adhérences molles qu'il est facile de détacher.

Position déclive. La tumeur est ainsi émuclée et amenée au-dessus de l'excavation.

C'est une tumeur ovarienne un peu plus volumineuse qu'un gros poing et qui paraît, alors, rattachée au bord correspondant de l'utérus par un pédicule qui n'est autre que le ligament large.

Etant donné que *les lésions ovariennes sont bi-latérales*, M. Mouchotte pratique l'hysterectomie supravaginale.

Des pinces sont placés sur les pédicules utéro-ovariens de chaque côté. Ces pédicules sont sectionnés.

L'utérus est amputé au niveau de l'isthme, de gauche à droite. Les utérines sont pincées après section. Ligature des pédicules utéro-ovariens et des utérines au catgut N° 2.

Suture du moignon cervical par un surjet N° 2. Deuxième surjet pour recouvrir le moignon suturé du péritoine vésico-utérin qui a été préalablement décollé.

La rupture des adhérences ayant laissé dans le Douglas des surfaces suintantes, on place dans le cul-de-sac un Mikuliez et un drain N¹ 40.

Suture de la paroi en deux plans.

Durée de l'opération 45 minutes.

Immédiatement après la suture de l'utérus et la pose des pinces, il se produit une alerte chloroformique. La femme vomit, se cyanose. Des matières alimentaires lui remplissent l'arrière bouche et les fosses nasales. L'opération doit être un moment suspendue.

Ces matières alimentaires sont constituées par du chocolat au lait que la femme a pris deux heures avant l'intervention.

Suites opératoires :

26 mars 2 heures du soir. 500 grammes sérum artificiel. 4 heures soir. Sensation de froid. 37°8. P.116.

Depuis l'opération persiste un ronchus trachéal intense qui s'accuse pendant la nuit.

27, 2 heures matin. ½ seringue Pravaz de morphine pour insomnie.

3 heures. Gêne respiratoire. Toux saccadée comme pour expulser des crachats (oxygène).

Urines foncées. Pansements. Les compresses sont changées. Elles sont imbibées d'un sang bien rouge,

le ventre est souple. L'auscultation révèle l'existence de gros râles humides dans toute l'étendue des poumons.

Dyspnée intense. Toux saccadée. Ventouses sèches matin et soir. 4 ventouses scarifiées. Potion : 4 grammes d'acétate d'amoniaque. Café, oxygène. La femme est assise dans son lit. Quelques gaz sont rendus spontanément.

28. Langue humide. Faciès rouge, vultueux. T. 39°6. P. 160.

Urines acajou : 900 grammes. Expectoration de crachats jaune-verdâtre. Pansement : Ablation de la mèche interne du Mikuliez. Ventre souple non météorisé.

Le ronchus trachéal a disparu, mais on entend à l'auscultation de gros râles humides disséminés. Ventouses en avant et en arrières. 4 ventouses scarifiées.

Lait et 50 grammes de lactose. Teinture de rigitale XXX goutes.

Soir : sudation abondante. Petit lavement suivi d'évacuation de selles et de gaz. Langue sèche. Dans les crachats on voit quelques filets de sang. Urines 1,000 grammes. ocreuses.

Au tiers moyen du poumon droit en arrière, râles sous-crépitants. Dans le reste de la poitrine, gros râles humides.

Pansements. Le Mickuliez est enlevé. Ventre souple et indolore.

4 heures soir. Mort.

Autopsie. 1 Péritoine absolument indemme.

2° Base du poumon droit absolument congestionnée vers le milieu. Dans les grosses bronches liquide mar-

ron légèrement spumeux. En pressant sur la grosse bronche, il sort environ deux cuillérées de chocolat.

3° Poumon gauche. Congestion généralisée, mais moins intense.

Observation 1,675 de 1909

Kyste de l'ovaire. — Ponction du kyste. — Application de forceps. — Délivrance artificielle.

G. A. I pare, 23 ans, femme de ménage, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Réglée à seize ans et demi, toujours régulièrement pendant 3-4 jours.

Les dernières règles datent du 9 au 13 janvier. Elle ne consulte pas pendant toute la durée de sa grossesse, et vient à la clinique, étant en travail, le 16 octobre à midi. Elle est en travail depuis huit heures du matin.

16 octobre. A l'entrée on remarque que l'abdomen présente un développement exagéré et une forme toute particulière. Deux saillies se dessinent nettement sous les téguments. A gauche une saillie ovoïde à grosse extrémité supérieure, paraissant être l'utérus et mesurant 43 centimètres de hauteur. A droite et sur la ligne médiane, une deuxième saillie dépassant de 5 centimètres le niveau de l'ombilic, saillie qui repousse la première vers la gauche et qui paraît être une vessie considérablement distendue. Elle s'élève à 25 centimètres au-dessue du pubis.

Au palper : on constate que la saillie oblongue gauche est bien constituée par l'utérus et renferme bien

un fœtus. La tête fœtale est dans la fosse iliaque gauche et il est impossible par suite du refoulement, déter miné par la saillie droite, de ramener la tête au-dessus de l'aire du détroit supérieur. Quant à la saillie droite, mate, convexe supérieurement et séparée par un sillon très net de l'utérus, elle paraît être constituée par une masse liquide, fluctuante, très tendue et que l'on prend tout d'abord pour la vessie. D'autant plus que la femme déclare n'avoir constaté cette grosseur que depuis 4 jours.

A un premier examen on pense donc qu'il s'agit d'un utérus gravide refoulé par une vessie considérablement distendue, la femme urinant par regorgement. Plusieurs cathétérismes pratiqués soit à la sonde molle, soit avec une sonde métallique ne ramènent que quelques gouttes d'urine.

Le diagnostic de distention vésicale est alors abandonné pour celui de tumeur kystique; d'autant plus que cette tumeur n'est pas médiane comme le serait une vessie distendue, elleest nettement latérale droite, et si ses limites sont nettes et tranchées à gauche, du côté de l'utérus elles sont floues, diffuses et vagues à droite. La tumeur en effet finit en s'aplatissant de ce côté, ne déterminant même plus, tout à faait à droite, de relief, et on a l'impression qu'il s'agit d'un kyste inclus dans le ligament large correspondant.

Toucher : Cul-de-sac antérieur tendu, col presque complètemeut effacé, ouvert comme un franc et situé enarrière.

Grand bain d'une heure.

5 heure 30 soir. Les choses sont toujours dans le même état, la tumeur est aussi apparente.

6 heures soir. MM. Couvelaire et Mouchotte sont d'avis de pratiquer une ponction. M. Mouchotte fait une ponction abdominale et receuille 950 grammes de liquide rougeâtre.

A mesure que la cavité kystique se vide, la tête fœtale se déplace, quitte la fosse iliaque et vient se mettre dans l'aire du détroit supérieur. Elle est alors maintenue par une ceinture cutocique.

Dans la nuit du 16 au 17 octobre, les contractions sont plus efficaces.

17 octobre, 7 heures matin. La tête descend lentement dans l'excavation. La dilatation est de deux francs. Membranes intactes.

10 heures du matin. Dilatation 5 francs.

1 heure soir. Examen de M. Lacasse. Dilatation d'une petite paume de main, l'engagement s'effectue.

5 heures soir. Ruptures spontanée des membranes. Liquide opalescent.

7 heures soir. Dilatation paume de main. Contractions assez énergiques.

17 octobre, minuit 10. Dilatation complète, la tête est bien descendue orientée en G. T.

Après une heure de période d'expulsion et sur le conseil de M. Couvelaire, une application de forceps est faite par M. Labouré, elle est assez laborieuse et après 5 minutes de tractions, l'enfant est extrait du poids de 3,000 garmmes. Le liquide qui s'écoule ensuite est vert.

10 minutes après l'accouchement la femme perd as-

sez abondamment, le pouls est à 104-108. Mlle Auramboux pratique la délivrance artificielle.

Les jours suivants on assiste au développement très rapide du kyste.

21 octobre. La saillie est à 10 centimètres au-dessus du pubis, l'utérus est refoulé vers la gauche.

23 octobre. Elle est à 12 centimètres au-dessus du pubis.

26 octobre. Elle est à 13 centimètres. Elle a légèrement augmenté de volume. La femme sort le 29 en bon état ainsi que son enfant.

Ainsi donc ces onze observations sont fertiles en enseignements, tant au point de vue du mécanisme de l'accouchement, qu'au point de vue du traitement approprié à chacun des cas. C'est ainsi que certains cas peuvent paraître identiques, mais en réalité ne sont semblables en tous points. Et tel cas ayant demandé une simple application de forceps, peut paraître semblable à un autre qui aurait exigé une opération césarienne ou de Porro.

Tout d'abord, nous avons remarqué que, pour être compliquée d'une tumeur kystique ou autre, une grossesse peut attendre le terme. C'est ainsi que sur les 11 cas observés à la clinique Baudelocque, 7 femmes menèrent leur grossesse à terme, trois fois seulement l'accouchement fut prématuré. Quant à la onzième, la femme n'a pu indiquer la date de ses dernières règles.

Est-ce là un avantage? Oui et non. Oui, à condition que la tumeur soi tdiagnostiquée à temps. Et si le praticien a la chance d'examiner sa malade pendant les six premiers mois d'une grossesse, qu'il n'hésite pas, l'opé-

ration est nécessaire, car comme nous allons le voir, la femme court ainsi que son enfant, les plus grands périls.

Mais si cette femme ne consulte qu'au dernier moment lorsqu'elle entre en travail, ne voyons-nous pas les dangers auxquels elle est exposée? Peut-on aussi être sûr que son enfant vivra?

Il n'est pas douteux que la grossesse influe sur le kyste de l'ovaire, par exemple, à un tel point souvent, que le kyste qui était passé inaperçu jadis s'est accru considérablement depuis l'état de gestation de la femme. Et plus la grossesse est près du terme, plus, cette influence, qu'on n'explique pas encore, a eu le temps de s'exercer, en même temps l'obstacle à l'accouchement estdevenu plus grand. Ajoutons encore que le fœtus, arrivé au plus fort de son développement s'accomodera plus mal d'un obstacle déjà si gênant.

Néanmoins s'il n'y a point de moyennes en clinique, il n'y a rien non plus d'absolu, et nous pouvons observer que l'obstacle qu'offrent ces tumeurs n'est pas insurmontable, ni incompatible avec un accouchement spontané.

C'est ainsi que quatre fois sur onze, les accouchements se firent, pour ainsi dire, sans le secours de l'art. Parmi ces quatre expulsions spontanées, une fut prématurée au 8e mois, mais les autres sont prématurées près du terme, un autre de terme indécis, quoiqu'il en soit ces trois derniers accouchements ont fourni des *enfants de plus de* 3.000 *gr.*

Mais une hirondelle ne fait pas le printemps, et du fait que ces quatre femmes ont eu des accouchements

terminées normalement nous ne devons pas conclure, qu'elles ne couraient elles et leurs enfants aucun risque.

Car le plus souvent les évènements sont des plus tragiques. Examinons à ce point de vue, ce qui se passe pendant la grossesse d'abord. Chez deux femmes, ne fut-on pas obligé de pratiquer des versions multiples pour ramener en bonne position des fœtus se présentant vicieusement? Ces deux là accouchèrent d'ailleurs sans aucune autre intervention au moment du travail.

Néanmoins est-il besoin d'insister pour comprendre que toute tumeur refoulant l'utérus d'un côté ou de l'autre, gêne par là même l'accomodation. Si l'accomodation de l'ovoïde fœtal à l'ovoïde utérin existe, il n'en reste pas moins vrai, que cet ensemble, fœtus et utérus, dont les axes coïncident, ne se trouve pas, du fait de la tumeur qui le chasse dans un des flancs, ne se trouve pas, dis-je, d'aplomb au-dessus de l'aire du détroit supérieur, mais renvoyé, en bas, dans une des fosses iliaques.

L'axe de l'ovoïde utéro-fœtal ne se trouve pas dans le prolongement de l'axe pelvien.

Alors, au moment du travail, nous avons une présentation inclinée sinon transversale, et avec elle, tous les dangers dont elle menace la mère et l'enfant, et celui qui, de beaucoup pour la mère est le plus à craindre, est la rupture utérine, mais nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

Nous avons vu, dans l'exposé de la dernière observation, que l'obstacle (kyste de l'ovaire) qui barrait la route à la tête fœtale, ne céda la place à cette dernière,

qu'au prix d'une ponction, qui vida la poche kystique; on vit alors peu à peu la tête remplacer la tumeur dans l'aire du détroit supérieur, puis s'engager dans l'excavation.

Mais il n'y a pas que cette seule façon pour une tumeur annexielle, d'être une cause de dystocie, et d'empêcher l'accomodation pelvienne.

Cette tumeur, pour quelque cause que ce soit, peut être tombée dans le petit bassin, et y demeurer incluse. Elle forme donc là, le véritable obstacle prœvia, à la descente de la tête fœtale.

La tumeur incluse dans l'excavation s'est rencontrée 7 fois sur 11. Cette variété de position de la tumeur (intra-pelvienne) est considérée par les auteurs comme étant la plus dystocique. Rationnellement elle doit l'être. Cependant sur les 11 cas observés par le professeur Pinard, 7 fois la tumeur occupe l'excavation, 3 fois l'accouchement fut spontané, et 1 fois les bruits du cœur fœtal modifiés, nécessitèrent une application de forceps. Tandis que, dans la même statistique de 11 observations, 4 fois seulement le kyste ne plongeait pas dans le petit bassin, et pourtant il fallut intervenir 3 fois, 2applications de forceps, 1 césarienne, 1 accouchement spontané.

Quoiqu'il en soit de ces proportions, l'issue de l'accouchement est loin d'être la même dans tous les cas où la tumeur est incluse dans le petit bassin. C'est ainsi que l'on observe lorsque l'expulsion est spontanée, des mécanismes bien différents de l'accouchement.

Dans deux de nos observations (908 de 1891, 1,343 de 1902), on voit au fur et à mesure que le travail avance,

et sous l'influence des contractions utérines, le kyste ovarien remonter progressivement tandis que la tête fœtale prend peu à peu sa place; et finalement, on a assisté, par le toucher, à l'ascension progressive et totale du kyste au-dessus du détroit supérieur et à la descente de la tête dans l'excavation. Ce point est intéressant, car nous verrons tout à l'heure, que l'art peut quelque fois imiter la nature.

Une autre fois, (observation 1,280 de 1898) c'est un kyste du ligament lage qui obstrue l'excavation pelvienne.

Là, le mécanisme diffère, nous n'assisterons pas comme tout à l'heure à son ascension, il est trop adhérent pour se mobiliser; mais, alors, que fait la tête fœtale? Celle-si, sous l'influence des contractions tend à s'engager, le kyste ne remonte pas, mais la tête le déprime, et l'aplatit suffisamment pour pouvoir passer.

Enfin, une fois, l'art a pu renouveler ce qu'à fait la nature, dans l'observation 41 de 1904, le kyste ovarien, est manuellement refoulé vers le détroit supérieur. L'Ascension de ce kyste mobile est pratiquée artificiellement, la tête s'engage, et l'expulsion est encore spontanée.

Malheureusement ces tumeurs lorsqu'elles sont intra-pelviennes, ne se conduisent pas toutes de la même façon.

L'obstacle est tel, que par son volume sa forme, sa consistance, ou encore ses adhérences et par suite sa fixité, il ne reste plus d'espoir de terminer, même artificiellement l'accouchement par les voies naturelles: on est alors contraint d'intervenir par la voie haute.

Suivant les circonstances, césariennes conservatrices, ou mutilatrices, feront les frais de la thérapeutique.

D'autres fois, la tumeur en tant que dystocie n'indiquera pas l'intervention, mais en elle-même, elle peut, à un moment donné soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, imposer une intervention chirrurgicale. C'est le cas de l'observation 934 de 1902. Il s'agit de la torsion du pédicule d'un hydrosalpinx. Ici nous voyons presque tout le travail fait artificiellement. Dilatation du col. Application de forceps. Enfin laparatomie.

En résumé la conduite tenue dans chacun de ces cas a été basée sur les considérations suivantes :

1° La tumeur en elle-même nécessite l'intervention.

2° La tumeur nécessite l'intervention par l'obstacle qu'elle apporte à l'accouchement.

La tumeur en elle-même nécessite l'intervention immédiate, chaque fois qu'un changement subit s'est produit en elle, telle que la torsion du pédicule, l'hémorragie intra-kystique, la rupture du kyste, etc...

La tumeur en tant qu'obstacle à l'accouchement nécessite souvent l'intervention chirrurgicale ou obstetricale et parfois les deux, chaque fois que la vie de l'enfant ou de la mèrese trouve en danger. Ce qu'il est surtout à redouter pour la mère, c'est la rupture utérine. Cela se conçoit, puisque l'utérus n'utilise pas ses contractions à la descente du fœtus, qui est immobilisé. Mais nous connaissons les signes précurseurs de la rupture utérine; et si nous voyons à un moment donné le segment inférieur s'œdematier il n'y a plus à tergiverser, la laparatomie est urgente. Et pourtant dans la dernière observation on ne fit qu'une simple ponction

du kyste, non pas parce qu'on craignait une rupture utérine, mais pour lever l'obstacle à la mise d'aplomb de la tête au-dessus du détroit supérieur. Cette manœuvre a parfaitement réussie. Néanmoins, le professeur Pinard la préconise peu, car l'infection est des plus à craindre, lors des suites de couches.

De tout ceci, il résulte, que dans tous les cas de tumeurs annexielles compliquant la grossesse, deux vies sont toujours en danger. 1° Pendant toute la durée de la grossesse, 2° lors de l'accouchement. Et que l'accouchement soit spontané ou artificiel, il n'en reste pas moins vrai qu'on ne peut le prévoir, et que les risques sont de même gravité, sinon les mêmes.

Aussi devra-t-on suivre le précepte de notre maître le professeur Pinard, et de faire pour ainsi dire de la thérapeutique prophylactique, en imposant aux femmes l'intervention chirurgicale dès que l'on aura diagnostiqué chez elles une tumeur annexielle.

CONCLUSION :

1° Les tumeurs ovariennes ou annexielles constituent au moment du travail, une cause sérieuse de dystocie.

2° Il est donc important d'en faire le diagnostic le plus tôt possible pendant la grossesse. Pour cela, soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail, il importe de pratiquer la palpation méthodique de l'abdomen comme l'indique Pinard et de délimiter ainsi les contours de l'utérus et ceux de la tumeur. Le toucher vaginal ne donnera de renseignements précieux que combiné à la palpation méthodique.

3° Au cours du travail ces tumeurs peuvent avoir les conséquences les plus funestes. Les accidents qui peuvent survenir sont de trois ordres :

A — du côté de la tumeur elle-même :

La torsion du pédicule.

L'hémorragie intra-kystique.

La rupture du kyste.

B — du côté du fœtus :

Présentations transversales.

C — du côté de la mère :

Rupture utérine.

4° Thérapeutique.

I Si la tumeur est simplement abdominale il faut se rendre compte si elle n'incline pas l'utérus, si elle ne rétrécit pas l'aire du détroit supérieur; en un mot si elle n'est pas dystocique. Si elle n'est pas dystocique, il convient d'attendre. Toutefois il ne faut pas se laisser leur-

rer par l'espoir d'un accouchement normal possible. En tout cas il faut corriger l'obliquité utérine s'il y a lieu, à l'aide d'une ceinture eutocique, surveiller la marche du travail, et l'état des bruits du cœur fœtal.

Si la tumeur est franchement dystocique, il ne faut pas hésiter, une intervention s'impose. Tantôt une simple ponction du kyste, de la collection liquide suffira à redresser l'utérus, à lui donner sa position normale, et permettra un accouchement spontané.

Tantôt, au contraire, la ponction sera impossible ou insuffisante, et laparatomie sera seule indiquée. Il faudra procéder alors à l'excision du kyste ou de la tumeur annexielle, suivie ou non d'une opération césarienne.

L'opération césarienne sera d'ailleurs sous une autre dépendance que celle du kyste; et ce sera soit les bruits du cœur fœtal, soit le mauvais état de la mère qui indiquera le genre d'intervention.

II. Si la tumeur est intra-pelvienne, il convient encore d'attendre et de voir si elle remonte au-dessus du détroit supérieur, ou si elle se laisse écraser par la tête qui s'engage. En tous cas il importe de bien surveiller ces phénomènes, car la rupture du kyste est à craindre dans ce cas là. Donc prendre avec soin le pouls de la mère .

Mais si la tumeur est mobilisable on peut essayer de la refouler au-dessus de l'aire du détroit supérieur, l'y maintenir jusqu'à ce que la tête fœtale soit suffisamment descendue pour empêcher la tumeur de retomber.

Si le refoulement de la tumeur ne suffit pas, en raison du trop grand volume de celle-ci, ou de ses adhé-

rences une ponction pourra vaincre l'obstacle, et la tête pourra s'engager.

Si ,enfin, la tumeur est solide, immobilisable et volumineuseet empêche toute extraction par les voies naturelles, même basiotripsie sur enfant mort, il ne reste plus que l'intervention par la voie haute .

5° Enfin toutes ces conséquences sont si graves que le précepte du professeur Pinard doit en tous points être considéré comme un axiome.

Pendant la grossesse, une fois le diagnostic posé tout kyste de l'ovaire doit être enlevé.

BIBLIOGRAPHIE

Porak. — Dystocie par kyste de l'ov. — N. Arch. obst. gynec. 1886.

Mac Kerron. — The obstruction of labor by ovorian tumors in the pelvis 1897-98.

Herbert Spencer. — K. dermoïde compliquant le travail.— Traus of the obst. soc. of. London. janvier 97.

Muller J. — Ueber ovarien tumoren als complications von schaugerschaft und gabürst München 1881.

Rosen R. — Zur complication von schwaugerschaft und opuburt durch ovarial tumoren Berlin 1895.

Bossi L. M. — Sulle etsti ovariche quali cause distociche. Am. di ostet. Milans 1900.-xxii 863-860.

Fieu. — Kyste dermoïde de l'ovaire, cause de dystocie. Arch. clinique Bordeaux 1897.-xviii.

Hirst B. C. — Au avarian cyst. complicating freguancy obstructing labor and becoming gangrenous in the puerperal state.
Med. news Phila. 1890.

Hirst B. C. — The treatment of ovarian cyst complicating pregnancy and labour.
Internat. clin. Phila. 1898.

Jordan J. F. — Dermoid cyst. of the left ovary which caused obstruction to delivery.
Brit. gynec. J. Lond. 1902-3.

Kerr J. M. M. — Dermoidcyst. of the ovary obstructing labour; displacement of the tumour from the

true pelvis and extraction of the child with forceps.
Tr. obst. soc. Lond. 1901-1902.

Riedenger. — Inter partum prolarbiter tumor des ovariums.
Prag. med. wohnschr. 1891.

Sotowij A. — O ciazy i porodzie prowiklanym guzami jajnikow i macicy.
Przegl. Lek. Krakow 1900.

Spencer H. R. — Incarcerated ovarian dermoid obstrusting labour manual élevation; removal seveu mouth later.
Tr. obst. soc. Lond. 1898-1899.

Jalabert D. — Kystes pelviens de l'ovaire et accouchement. Conduite à tenir pendan tle travail.
Paris. 8°. Vannes 1898.

Smellie. — Observations sur les accouchements.
Tome II. Observ. II. 1742.

Byford Wh. — Ovarian tumor. Complicating labor.
Tr. Illinois. M. soc. Chicago. 1859.

Lacroix C. — Kyste de l'ovaire gauche, développé simultanément avec la grossesse. Ponction simple du kyste pour faciliter l'accouchement. 18 litres ½ de liquide. Guérison radicale par une seule injection iodée.
Bulletin Général de thérapeut. Paris 1858.

A. Hergott. — Accouchement et kyste de l'ovaire.
Am. de Gynec. Paris 1886.

Mouchotte. — Dystocie pa rtumeur kystique pelvi-abdominale e tablation de la tumeur. Op. de Porro.
Ann. Gynec. et obst. Paris 1907.

Soderberg C. — Rupture of the uterus in labor from a dermoid cyst; recovery.
Hosp. tid. Kjbenh 1908.
J. B. Jacob. — Ecole pratique des accouchements. 1785.
Nœgele et Grenser. — Traité pratique des accouchements. 1785.
Mme Lachapelle. — Pratique des accouchements. Dixième mémoire. 1825.
Bumm. — Traité des accouchements.
Pinard. — Comptes-rendus.
Société de l'O. G. P.
Séance du 2 mars 1900.
Séance du 4 mai 1900.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

Liard.

Vu le Doyen :

Landouzy.